

Série 1. **FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON** N° 1206.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS FIBREUSES JUXTA-URÉTRALES
chez la Femme.

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 3 juillet 1896

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LAURENT (Louis)

Né à Baulay (Haute-Saône), le 40 octobre 1870.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON

7, rue des Marronniers.

1896

Série 1. FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON N° 1206.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
TUMEURS FIBREUSES JUXTA-URÉTRALES
chez la Femme.

THÈSE
PRÉSENTÉE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 3 juillet 1896
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR
LAURENT (Louis)
Né à Baulay (Haute-Saône), le 10 octobre 1870.



LYON
IMPRIMERIE L. BOURGEON
7, rue des Marronniers.
1896

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET Doyen.
LEPINE Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{ MM. LEPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAILLETON.
Clinique des maladies mentales	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE.
Zoologie et Anatomie comparée	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	AUGAGNEUR.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER.
Médecine opératoire	POLLOSSON (Maur.)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène	BARD.
Thérapeutique	SOULIER.
Pharmacie	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. M. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants. MM. WEILL, agrégé.
Accouchements POLLOSSON (Aug.) —
Botanique BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. BARRAL.	MM. DEVIC.	MM. ROLLET
BEAUVISAGE.	DOYON.	ROQUE.
BOYER.	DURAND.	ROUX.
COLLET.	GANGOLPHE.	SIRAUD.
CONDAMIN.	MOREAU.	VALLAS.
COURMONT.	POLLOSSON (Aug.).	CAUSSE { chargé des fonctions
CURTILLET.	ROCHET.	d'agrégé.

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LAROYENNE, Président; M. WEILL, Assesseur; MM. ROLLET et CONDAMIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A la mémoire de mes Grands-Parents.

A ma Tante et à mon Oncle.

INTRODUCTION.

L'idée première de ce travail revient à M. le professeur agrégé Condamin qui a bien voulu nous fournir une observation de fibrome juxta-urétral et nous guider dans nos recherches avec la bienveillance que tout le monde sait. Qu'il veuille bien recevoir ici nos remerciements.

M. le professeur Laroyenne a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre thèse, nous le prions de recevoir le témoignage de notre vive gratitude.

Avant de faire nos premiers pas dans la carrière médicale, il nous reste à remercier les maîtres qui nous ont instruit de leurs savantes leçons :

M. le professeur Fochier, dont nous avons suivi avec tant de profit les cours pendant deux années et qui a bien voulu nous autoriser à faire plusieurs stages d'accouchement à la Charité;

M. le professeur Poncet, dont les cliniques chirurgicales si instructives nous seront d'un grand secours dans notre carrière médicale ;

M. le professeur Lépine qui nous a initié aux difficultés du diagnostic médical;

M. le professeur agrégé Rollet à qui nous devons toutes nos connaissances en ophtalmologie.

Avant de quitter Lyon, il nous reste encore à témoigner notre gratitude aux amis qui nous ont prodigué leur affection et leur sympathie, et nous sommes heureux de pouvoir remercier ici publiquement M. Mathis professeur à l'Ecole vétérinaire, dont les conseils nous ont été si précieux dans tout le cours de nos études médicales, et dont l'aide ne nous a jamais failli. Qu'il veuille bien être assuré de notre vive reconnaissance qui n'attend que l'occasion de se manifester dans l'avenir.

CHAPITRE PREMIER.

HISTORIQUE.

On ne trouve dans la science qu'un petit nombre d'observations concernant les tumeurs fibreuses qui sont propres à l'urètre de la femme. L'étude de ces fibro-myomes est de date relativement récente et, bien que dans ces dernières années les travaux se soient succédé, elle n'a point trouvé place encore dans les traités classiques.

Le premier exemple des tumeurs de l'urètre de la femme est signalé par Rey en 1868 dans le *Bulletin médical du Nord*. La tumeur était des plus rare, c'était un *fibrome* pur.

En 1869, Höning relate un cas qu'il croyait analogue dans *Berlin, Klin, Wochen*, mais l'examen microscopique de la tumeur, prise chez une vieille fille de 41 ans, ainsi que l'aspect de l'ulcération, prouva qu'on était en présence d'un *sarcome*.

En 1875, Rizzoli fait un travail d'ensemble sur ces fibromes; tout en signalant des observations antérieu-

res de Porro et de Paget, il rapporte une observation personnelle de fibro-myome développé dans le cul-de-sac vagino-urétro-vésical, sur laquelle du reste, il se montre assez bref pour ce qui a trait aux symptômes.

En 1884, Büttner donne une observation très détaillée d'une tumeur fibreuse qu'il eut l'occasion de voir à la clinique gynécologique de Marburg.

En 1889, M. le professeur Tillaux publie une clinique dans les *Annales de gynécologie*.

En 1894, M. le professeur agrégé Condamin relate une observation de fibrome pur juxta-urétral, tumeur des plus rare, dans les *Annales provinciales de chirurgie*.

Depuis cette époque les travaux se sont multipliés.

Dans les *Leçons de chirurgie* de M. le professeur Lejars, nous trouvons une nouvelle observation de fibro myome, ainsi qu'un travail d'ensemble sur les tumeurs périurétrales de la femme, que nous aurons plus d'une fois l'occasion de mettre à profit. Puis paraissent d'abord la thèse de Daumy (1895) inspirée par M. le professeur Lejars, enfin la thèse de Bauray (1896) sous l'inspiration de M. le Dr Routier. Signalons encore un récent article de M. Benoit publié dans la *Gynécologie* du mois d'avril 1896.

STRUCTURE DE L'URÈTRE CHEZ LA FEMME.

Avant d'aborder l'étude clinique et anatomo pathologique des tumeurs fibreuses péri-uréthrales, nous avons cru bon de faire un exposé rapide de la constitution du canal urinaire chez la femme.

D'une longueur de 35 millimètres(1), admettant sans peine un cathéter de 10 millimètres de diamètre, le canal de l'urètre chez la femme, facile à isoler dans son quart supérieur, accole ses parois à celles du vagin dans le reste de son étendue, pour constituer une cloison d'environ un centimètre d'épaisseur : la *cloison urétro-vaginale*.

La paroi de l'urètre comprend : une tunique muqueuse et deux tuniques musculieuses concentriques : la plus interne formée de fibres lisses longitudinales ; l'autre constituée par des fibres circulaires.

Signalons encore le sphincter strié de l'urèthre, qui forme un anneau complet dans la portion libre du canal urinaire, mais qui, dans les trois quarts inférieurs, se réduit à un demi-manchon s'insérant à droite et à gauche sur la paroi fibreuse du vagin.

Le vagin affecte avec la paroi postérieure de l'urètre un rapport si intime qu'il mérite de nous arrêter un instant.

(1) Testu. *Anatomie humaine*, t. III, p. 919.

En allant de dehors en dedans, il nous offre trois tuniques superposées : d'abord une enveloppe conjonctive, puis deux couches de muscles lisses ; l'une à fibres longitudinales, l'autre à fibres circulaires. Il nous reste à signaler le revêtement muqueux.

Dès lors, nous pouvons nous faire une idée de la structure de la cloison uréthro-vaginale, qui est le siège si fréquent des fibro-myomes : elle comprend dans son épaisseur deux systèmes de fibres lisses qui enveloppent, les unes, l'urètre, les autres, le vagin et qui sont réunies l'une à l'autre, soudées d'une façon intime par une couche de tissu conjonctif ; dès lors, les deux parois ne forment plus qu'un tout, dense et homogène.

Le méat urinaire, que nous allons voir si souvent dévié ou déformé dans les cas de fibrome, s'ouvre sur la paroi supérieure du vagin à 2 centimètres en arrière du clitoris, et directement en avant d'une saillie nommée le tubercule vaginal. A son niveau, le canal de l'urètre est rétréci. Il présente une forme variable, en forme de fente quelquefois, il peut être arrondi ou étoilé.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Les tumeurs fibreuses de l'urètre de la femme sont absolument comparables aux corps fibreux de l'utérus. Elles sont constituées par du tissu conjonctif adulte et des fibres musculaires lisses en proportion variable. Le plus généralement, le néoplasme renferme presque exclusivement du muscle, rappelant en cela la

structure de la région d'où il tire son origine : c'est un *fibro-myome*. Pourtant, il arrive que dans un très petit nombre de cas, l'examen microscopique montre qu'on a affaire à un *fibrome pur*.

Fibrome. — Comme nous l'avons dit, ces tumeurs sont des plus rares. Nous n'avons pu en trouver dans la littérature médicale que trois observations : encore l'une d'elles, celle de Paget (1), ne nous sera que d'un faible secours, car elle est extrêmement concise. Il s'agit d'une malade, présentant depuis trois ou quatre ans, une tumeur qui faisait saillie hors de la vulve. La masse piriforme était attachée à la paroi droite du vagin par un pédicule gros et long de 4 centimètres. Son grand diamètre était de 12 centimètres. Il nous reste heureusement un cas de Rey (observation I), et un cas de M. le professeur agrégé Condamin (observation VII).

La tumeur qui se développe plus ou moins vite fait saillie hors de la vulve. Sa forme et son volume l'ont fait comparer dans tous les cas à un gros œuf de dinde.

Le néoplasme peut ne former qu'une seule masse ou en présenter plusieurs accolées.

Le siège est variable : tantôt au-dessus du méat, tantôt latéralement ; dans un cas (observation I), la tumeur partait de la paroi supérieure de l'urètre ; dans les deux autres cas, elle siégeait à droite (observation VII).

La consistance est ferme, élastique, homogène.

(1) *Lectures of Sur. Path.*, vol. II, p. 115.

Une membrane muqueuse peu adhérente aux plans sous-jacents enveloppe la tumeur; cette muqueuse exposée aux frottements, aux excoriations quand le néoplasme fait saillie hors de la vulve (ce qui arrive toujours à un moment de son évolution), peut présenter des ulcérations qui peuvent donner une certaine quantité de pus et de sang; mais on a toujours une certaine partie de cette muqueuse qui est saine.

L'urètre est toujours aplati, dévié. Cela n'a rien qui doive nous étonner, étant donné les dimensions de la tumeur et son point d'implantation autour du méat ou de la paroi latérale de l'urètre; mais lorsqu'on lit attentivement les observations de Rey et de M. le professeur agrégé Condamin, ce qui frappe, c'est l'*hypertrophie du méat urinaire* et aussi du *canal de l'urètre*. Dans l'observation I, nous voyons que « la muqueuse était hypertrophiée surtout vers la partie inférieure, où cette *hypertrophie* terminait le méat urinaire en forme de bec d'aiguière. Est-ce, ajoute l'auteur, le résultat de la compression ou celui de la tendance hypertrophique de l'urètre. »

M. Condamin insiste plus encore sur ce détail d'anatomie pathologique que Rey avait déjà signalé : « Le canal urétral avait des dimensions absolument insolites en longueur et en largeur, comme si le fibrome avait déterminé un allongement analogue à celui qu'on observe dans les utérus fibromateux... Le méat et le canal urétral admettent facilement l'index qui peut pénétrer sans peine dans l'intérieur de la vessie. »

Ce point d'anatomie pathologique nous a paru digne d'être signalé car dans les deux seuls cas où nous

avons quelques détails sur des fibromes juxta-urétraux, nous trouvons toujours cette hypertrophie du méat.

L'examen microscopique permet seul de faire le diagnostic de la nature du néoplasme.

Voici la note que M. le professeur Bard a remise à M. Condamin à propos de la tumeur qui fait l'objet de l'observation : « La tumeur est constituée par des fibres conjonctives mal délimitées et surtout fixant mal le carmin. Ce sont plutôt des nappes conjonctives, en tourbillon, constituées par des cellules rondes ou ovalaires, à noyau pâle, avec atmosphère protoplasmique peu épaisse. Les cellules sont tantôt disséminées et rares dans les nappes conjonctives ; tantôt elles sont rassemblées sous forme d'ilots plus ou moins étendus et même dans ce cas gardent une petite masse de protoplasme et leur noyau ne fixe pas mieux le carmin. Il existe aussi des fibres élastiques tortillées en vrilles assez nombreuses. En allant vers le centre de la tumeur, les cellules deviennent plus rares, les fibres conjonctives plus apparentes et les fibres élastiques très nombreuses.

« En somme, rien d'épithélial, ni de musculaire dans cette tumeur, constituée avant tout par des éléments du tissu conjonctif. »

L'observation de Rey montre que la tumeur avait une structure analogue : « Quant à la tumeur proprement dite, elle est constituée par de nombreuses couches de fibres piriformes, étroites, sans noyaux, mais légèrement granuleuses.

« Ces couches de fibres n'affectent aucune disposition

régulière, elles sont parfois séparées par une substance amorphe ou granuleuse et présentant par places quelques noyaux et quelques cellules de formation.

« Aucune trace de vaisseaux sanguins.

« La portion grisâtre et dénudée de la tumeur est au contraire presque exclusivement formée de noyaux et de cellules de formation, à peine y aperçoit-on ça et là quelques fibres piriformes ; elle présente quelques capillaires sanguins à une seule paroi. Il n'y a point à hésiter sur la nature de cette tumeur, c'est un fibrome développé dans la paroi supérieure de l'urètre et enveloppé par la muqueuse du vestibule ou des petites lèvres. »

Fibro-myomes. — Ces tumeurs constituées à la fois par du tissu conjonctif et du tissu musculaire lisse, sont plus fréquentes que les fibromes purs ; la raison en est dans la richesse en fibres musculaires de l'urètre et de la paroi antérieure du vagin.

Les fibro-myomes ont un volume comparable à un gros œuf ; ils font saillie hors de la vulve en écartant les petites lèvres.

Leur couleur est d'un gris rosé ; souvent la muqueuse qui les recouvre est ulcérée par les frottements et le contact de l'urine. La surface du néoplasme est lisse, régulière, non bosselée, sa consistance assez ferme, uniforme ; quand la tumeur renferme une grande quantité de fibres musculaires, le néoplasme peut paraître assez mou, et l'on pourrait croire à la présence d'un liquide. Les tissus ne sont jamais envahis ; la tumeur n'est adhérente qu'en

un point, aussi tous les chirurgiens s'accordent-ils à reconnaître que l'énucléation en est facile.

En somme, tous ces caractères se retrouvent dans les fibromes et dans les fibro-myomes.

Faisons remarquer cependant que la tumeur ne paraît pas présenter de bosselures, ni de lobulisation, comme cela arrive dans les fibromes purs (observation VII). Ces tumeurs, comme les précédentes, déterminent par leur accroissement continu des lésions mécaniques dues à la compression de l'urètre et du méat urinaire, mais on ne retrouve plus ici cette hypertrophie que nous avons signalée à l'article précédent.

SIÈGE. — Le siège de la tumeur est variable et va nous permettre de faire une classification de ces néoplasmes ; classification qui n'a pas seulement son importance en anatomie pathologique, mais qui a son influence sur la symptomatologie de l'affection : *les troubles de la miction étant d'autant plus importants que la tumeur siège plus haut sur l'urètre.*

Généralement la tumeur se développe sur la paroi des deux tiers inférieurs de l'urètre ; elle fait saillie à la cloison uréthro-vaginale dans le vagin.

Faut-il penser qu'on se trouve en présence d'une tumeur du vagin, à l'exemple de Pozzi ?

Nous admettons que le néoplasme dépend plutôt des fibres musculaires propres à l'urètre ; ce qui nous le fait croire, c'est cette adhérence aux parois du canal urinaire que les chirurgiens ont constatée.

Mais à côté de ces fibro-myomes appartenant à

l'urètre inférieur, il en est d'autres qui ont des connexions intimes avec la paroi de la portion supérieure de l'urètre.

Nous distinguerons donc parmi les fibro-myomes péri-urétraux :

1° *Les fibro-myomes de la portion inférieure de l'urètre ;*

2° *Les fibro-myomes de la portion supérieure.*

Parmi les premiers, le plus grand nombre adhèrent à la paroi postérieure de l'urètre inférieur, mais il en est d'autres qui partent de sa paroi supérieure (observation de Büttner). Nous aurons donc à considérer dans notre 1^{re} catégorie :

a) Des fibromes *sous-urétraux* ou vaginaux ;

b) Des fibromes *sus-urétraux*.

Les fibromes purs peuvent être classés de la même façon ; du reste à part leur constitution histologique ils ressemblent trop par leurs autres caractères aux fibro-myomes pour que nous les séparions dans le cours de cette étude.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Nous avons vu que les fibromes pouvaient présenter des lobulisations, au lieu d'être constitués par une seule masse régulière comme les fibro-myomes, nous avons insisté sur cette hypertrophie de l'urètre et du méat, mais ces caractères sont insuffisants pour permettre au chirurgien de faire le diagnostic entre un fibrome et un fibro-myome. L'examen microscopique juge en dernier ressort.

L'aspect d'un fibro-myome péri-urétral rappelle celui

d'un corps fibreux de l'utérus. On trouve des fibres musculaires lisses séparées par des travées conjonctives. Les fibres musculaires, en plus ou moins grande quantité, se reconnaissent comme partout ailleurs à leur corps fusiforme et à leur noyau allongé. Sur la coupe, on peut les voir coupées en travers ; elles offrent alors l'aspect d'une mosaïque. Les faisceaux conjonctifs forment des nappes plus ou moins riches en cellules ; quelquefois on les voit former de véritables flots au sein du muscle lisse.

CHAPITRE II.

ETIOLOGIE.

Ces tumeurs fibreuses si rares dans cette région de l'urètre, font leur apparition chez la femme entre *trente et quarante ans* environ; une des malades de M. Routier avait 42 ans, mais la malade de M. Tillaux n'avait que 29 ans. Nous pouvons donc dire que cette maladie est une affection de la vie génitale de la femme.

Quelle est la cause de cette néoplasie ? Pourquoi ce siège si spécial ? Il n'est guère possible de répondre ici, pas plus du reste que pour les autres tumeurs. On n'en est plus à soutenir avec Velpeau qu'une tumeur fibreuse a pour origine une goutte de sang ou de pus qui se répand dans la trame d'un tissu ; on admet actuellement l'influence d'un traumatisme répété, d'une irritation chronique, de microorganismes à virulence atténuée ; pourtant la cause prochaine nous échappe toujours et nous sommes obligés de nous contenter de raisons banales.

Dans ce cas qui nous occupe, dans ces tumeurs péri-urétrales, on ne peut invoquer ni le mauvais état

général, ni les grossesses répétées, ni l'infection à quelque degré que ce soit.

Toujours, et les auteurs sont d'accord sur ce point, la santé était excellente; l'utérus était sain, les règles normales, et si la malade de Rey avait eu six enfants, celle de Tillaux, deux enfants et une fausse couche, en revanche dans l'observation de M. Condamin, il s'agit d'une nullipare; il en est de même dans celle de Büttner, ainsi que dans l'observation que M. le Dr Routier a bien voulu nous communiquer.

Faut-il admettre l'influence de l'arthristime? L'état général ne paraît pas avoir plus d'influence que l'état local.

ETUDE CLINIQUE.

1° Symptômes fonctionnels. -- Le début des tumeurs fibreuses juxta-urétrales de la femme est toujours lent et insidieux. Aucun symptôme d'abord ne vient révéler l'apparition du néoplasme; ce n'est guère que quand il a acquis la dimension d'une noisette que la malade en soupçonne l'existence.

Dans une observation on voit signalé du *vaginisme* qui a cédé très facilement du reste à des applications de pommade à la cocaïne: cet accident est donc des plus rare, car le vagin reste généralement tolérant.

Mais la tumeur continue son développement, en haut elle comprime l'urètre, en bas elle va faire saillie dans le vagin. Cette apparition d'une tumeur dans le vagin se fait quelquefois brusquement, d'une façon

pour ainsi dire solennelle, à l'occasion d'un effort, d'une chute: « la malade sentit quelque chose se décrocher et faire saillie à la vulve » (obs. VI). Le premier symptôme observé, c'est généralement une sensation de *pesantéur*, de corps étranger surtout à l'occasion de la marche.

Si la tumeur s'est développée dans la portion supérieure de l'urètre, au voisinage du col vésical, les troubles de la miction sont précoces.

On observe d'abord de l'*incontinence d'urine*: les mictions deviennent plus fréquentes, il est probable que le sphincter lisse est troublé dans son fonctionnement ou bien encore que la vessie irritée par le contact de ce corps étranger qui l'avoisine, traduit sa sensibilité spéciale à la dilatation, en tendant à se vider plus rapidement dès qu'elle renferme un peu d'urine. Après l'incontinence, on peut voir survenir de la *réten tion* sous l'influence peut-être d'un travail congestif.

Si nous examinons les cas les plus fréquents ceux dans lesquels la tumeur dépend de la cloison urétro-vaginale, les troubles urinaires ne font leur apparition que plus tardivement, ou plutôt ne se montrent jamais; il faut que l'urètre soit dévié, comprimé latéralement; il faut que le méat soit obstrué par la tumeur qui s'est développée dans sa paroi supérieure (observation I) ou bien qu'il soit réduit à une fente étroite pour que la malade éprouve de la difficulté à évacuer son urine; les mictions ne sont pas devenues plus fréquentes, mais elles sont plus laborieuses; la malade est obligée de pousser, et son urine sort goutte à goutte, il y a *dysurie*.

Mais la tumeur a refoulé la cloison uréthro-vaginale; elle a repoussé la muqueuse dont elle se coiffe; elle a écarté les petites lèvres; elle fait saillie à la vulve; les tiraillements sont devenus plus violents, la marche est difficile, le coït impraticable le plus souvent, bien qu'il soit encore possible quelquefois (observation VII) pourtant il n'y a pas de douleur.

Nous allons maintenant voir paraître deux autres symptômes qui vont compléter le tableau clinique, je veux parler de l'*ulcération* d'abord, puis des *hémorragies*. Les frottements et les chocs, le contact de l'urine sur cette muqueuse exposée à l'air produisent rapidement des excoriations, des ulcérations, qui siègent bien entendu à la partie la plus saillante de la tumeur c'est-à-dire la plus exposée; la douleur peut alors paraître, mais elle est causée par l'infection, par la perte de substance.

Des hémorragies assez abondantes peuvent se produire (observation VII); elles sont rares pourtant. Ce qu'on observe le plus souvent, c'est un suintement sero-hémorragique qui gêne les malades, les oblige à se garnir, à protéger la plaie du contact de l'urine.

En somme, comme on a pu le voir, les symptômes fonctionnels n'ont rien de net, ni de caractéristique.

Nous n'avons pas séparé dans ce chapitre de symptomatologie l'étude des fibromes purs, de celle des fibromyomes car rien ne les différencie au point de vue clinique.

Ce qui importe ici, c'est non pas la nature anatomique du néoplasme, mais ses rapports avec le canal de l'urètre, et son *siège* plus ou moins élevé.

2° Signes physiques. — Nous avons vu combien les symptômes fonctionnels sont peu caractéristiques, c'est l'examen de la tumeur qui va nous permettre de faire le diagnostic.

La malade n'étant que médiocrement incommodée, attend pour consulter que sa tumeur ait acquis un certain développement.

Voici ce que nous observons :

INSPECTION. — Tumeur régulièrement ovoïde, du volume d'un gros œuf, sans lobulisation (à part les fibromes pur. Voir observation VII), d'une couleur rosée, présentant généralement à sa partie la plus saillante une perte de substance sans caractère suspect. L'ulcération n'offre pas de bords déchiquetés, durs et bourgeonnants comme dans le cancer, ni de masses molles, friables et pâles comme dans le sarcome.

Cette perte de substance peut donner lieu à un écoulement sero-hémorragique généralement peu abondant et qui ne présente jamais d'odeur fétide.

La tumeur fait ordinairement saillie à la vulve, en dehors des grandes lèvres.

PALPATION. — La palpation est *indolore* : la tumeur est dans tous ses points de consistance ferme, élastique ; quelquefois l'élément musculaire étant abondant, on peut observer une fausse fluctuation. La muqueuse vaginale est mobile et n'a pas contracté d'adhérence avec la néoplasie.

Pas de ganglions inguinaux.

TOUCHER VAGINAL. — Le plus ordinairement, le fibromyome s'étant développé aux dépens des parois de la partie inférieure de l'urètre, l'inspection et la palpation nous ont déjà renseigné à son sujet; le toucher vaginal permet de constater à son tour que derrière la tumeur le vagin est libre, l'utérus normal.

Mais il est d'autres cas où le toucher vaginal permet seul de constater la présence d'une tumeur développée profondément et qui fait saillie à la paroi vaginale antérieure; c'est lorsque le néoplasme appartient à l'urètre supérieur. Le diagnostic est alors difficile; néanmoins le chirurgien peut se rendre compte que l'utérus n'a aucun rapport avec la tumeur, que les culs-de-sac vaginaux sont libres; enfin que la tumeur est sur le trajet du canal de l'urètre. On comprend, dans ces cas, combien il est difficile de se rendre compte de la consistance du néoplasme.

Jusqu'ici les moyens d'investigation que nous avons employés n'ont pu nous renseigner encore sur les rapports profonds de la tumeur, sur son degré d'adhérence avec les organes voisins, sur son point d'implantation.

Pour mettre en évidence les connexions de la tumeur avec l'urètre, il est nécessaire de combiner le toucher vaginal avec le cathétérisme.

TOUCHER VAGINAL ET CATHÉTÉRISME COMBINÉS. — On emploie une sonde métallique qu'on maintient dans l'urètre et on cherche à mobiliser la tumeur dans sa portion vaginale. La tumeur n'obéit que faiblement aux tentatives de mobilisation; néanmoins ses mouvements de latéralité se communiquent à la sonde. Si

l'on imprime des mouvements à la sonde, on fait mouvoir plus facilement encore la tumeur, et le doigt qui est dans le vagin se rend facilement compte de ses déplacements.

Le cathétérisme permet encore d'apprécier les déviations que la tumeur imprime au canal de l'urètre, dont la muqueuse reste toujours normale. Ordinairement l'urètre est dévié latéralement; mais on comprend facilement qu'un néoplasme de sa partie supérieure puisse déprimer la vessie au voisinage du col. Le cathétérisme dans ce cas permettra de trouver une véritable saillie prostatique.

En résumé : les tumeurs fibreuses péri-urétrales de la femme se présentent à notre examen sous la forme d'une masse régulière, recouverte par la muqueuse vaginale qui n'est pas adhérente; quand elles ne font pas saillie à la vulve, le toucher vaginal permet de les découvrir, quand elles sont haut situées sur l'urètre. En combinant le cathétérisme et le toucher vaginal, on peut se rendre compte des connexions intimes de la tumeur avec la paroi du canal urinaire.

PRONOSTIC. COMPLICATIONS. RÉCIDIVE.

Les fibro-myomes ont un pronostic essentiellement *bénin*. Ils n'envahissent jamais les organes voisins. Les troubles fonctionnels qu'ils déterminent sont d'ordre purement mécanique; l'état général reste bon; la malade ne souffre guère; elle n'est qu'incommodée et sa vie n'est en rien compromise.

Jamais, à part des hémorragies qui en somme sont rares, on n'observe de symptômes alarmants, jamais de crises douloureuses comme dans le cancer. C'est à peine s'il peut se présenter du vaginisme, et encore pour cela faut-il un terrain spécialement prédisposé.

Pourtant ces fibromes n'ont aucune tendance à rétrocéder; ils s'accroissent lentement, mais ils s'accroissent toujours. Si généralement, dans les observations, la tumeur n'avait que le volume d'un gros œuf, dans un cas de Porro, cité par Rizzoli, le fibrome avait acquis le volume d'une *tête de fœtus*. Nous allons citer cette observation, car elle nous donne un exemple d'une complication des plus rare mais cependant possible, je veux parler d'un cas de *dystocie* causée par un fibro-myome.

Observation de Porro résumée par Rizzoli (1).

« Chez une jeune femme primipare, de 26 ans, qui vint accoucher à la Maternité de Milan, en octobre 1872, mon ami le D^r Porro trouva dans le cul-de-sac vésico-vaginal une tumeur fibreuse. Elle était du volume d'une tête de fœtus. Malgré son volume extraordinaire elle n'entrava pas le cours de la grossesse, mais elle offrit de sérieuses difficultés pendant l'accouchement et aggrava les symptômes puerpéraux. Porro en fit heureusement l'ablation. »

Ainsi la tumeur ne paraît pas se résorber et son accroissement est continu. On n'a pas observé de

(1) Rizzoli, *Journal de médecine de Bruxelles*, 1875.

ramollissement, de dégénérescence, mais on peut admettre que ces cas sont possibles.

La tumeur peut-elle évoluer en sarcome? Nous n'avons pas d'exemple d'une telle transformation.

Après l'ablation de la tumeur fibreuse la guérison semble bien définitive; jusqu'à ces derniers temps on n'admettait pas de *récidive* possible; pourtant M. Benoit (1) vient d'en publier une observation que nous croyons utile de reproduire.

Observation de M. Benoit.

M^{me} D..., 39 ans, a été opérée il y a trois ans à Lille, pour une tumeur siégeant à la région vulvaire. On pratiqua une incision médiane partant du méat urinaire et une énucléation de la tumeur qui avait le volume d'une grosse noix; on fit le diagnostic de fibrome de l'urètre.

Il y a deux mois, cette malade s'aperçoit de nouveau qu'elle a une grosseur au même endroit. Elle me fut présentée, il y a quelques jours, par un de mes amis, le Dr Collin.

Je constatai, au niveau de la région urétrale, une tumeur du volume d'une noisette, mobile sous la muqueuse vaginale et faisant corps avec l'urètre. Elle est insérée près du méat sur la paroi postéro-inférieure. Elle fut enlevée très facilement à la cocaïne.

(1) Benoit. Fibromyomé de l'urètre de la femme. *La Gynécologie*, avril 1896, page 144.

L'examen histologique démontre la nature nettement fibro-myomateuse.

Ainsi et en résumé :

Les fibromyomes juxta-urétraux sont des tumeurs essentiellement bénignes, dont la cure radicale est facile, mais qui peuvent récidiver.

CHAPITRE III.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Le diagnostic des tumeurs fibreuses péri-uréthrales chez la femme est généralement assez difficile, aussi nous croyons bon d'y insister quelque peu.

Pour suivre un ordre méthodique, nous avons cru utile de reprendre un à un les caractères principaux de ces tumeurs et, chemin faisant, à propos de chacun d'eux, nous éliminerons successivement les affections avec lesquelles on pourrait confondre ces néoplasmes.

1° Les fibro-myomes péri-uréthraux *siègent* le plus souvent à la *paroi antérieure du vagin* ; ils adhèrent généralement à la paroi postérieure de l'urètre. Ce siège nous permettra d'éliminer :

a) Les *fibromes utérins* à évolution vaginale, car dans ces cas, le vagin n'est pas libre derrière la tumeur : le diagnostic ne peut offrir quelques difficultés que dans ces énormes polypes fibreux « qui sont tout entiers dehors », distendent le vagin et font relief

entre les lèvres vulvaires (1). Malgré le volume de ces tumeurs on arrive toujours à voir qu'elles se prolongent vers l'utérus.

b) Les *prolapsus utérins* dans lesquels nous constatons l'effacement des culs-de-sac vaginaux, et où nous pouvons constater à la partie la plus saillante de la tumeur, la présence d'un orifice qui nous conduit dans la cavité utérine.

c) L'*inversion utérine* à forme progressive dans laquelle les antécédents peuvent éclairer le diagnostic et surtout la palpation bi-manuelle qui montre que l'utérus n'occupe plus sa place normale.

2° Les fibro-myomes péri-urétraux ont une *consistance* ferme ; ils sont durs, élastiques, bien que dans certains cas, ils puissent présenter un certain degré de fausse fluctuation. Ce sont des *tumeurs solides*.

Ce caractère, des plus important, va nous permettre d'éliminer les tumeurs *liquides* de la région :

a) La *cystocèle vaginale* (2) mérite de nous arrêter un instant, étant donnée sa fréquence extrême chez les grandes multipares lorsque leur vessie est pleine et la facilité avec laquelle descend la paroi antérieure du vagin. Si le prolapsus utérin accompagnait toujours la cystocèle avec son cortège habituel d'allongement du col, le diagnostic serait des plus simple, malheureusement la cystocèle peut exister seule ; elle précède alors l'abaissement de l'utérus.

(1) Pozzi. Enormes polypes intéro-vaginaux. *Revue de chirurgie*, 1885.

(2) Pozzi. *Gynécologie*, page 519.

Les symptômes consistent en une sensation de pesanteur, de fatigue; on constate des troubles de la miction : dysurie, pollakiurie, rétention. Tous ces symptômes fonctionnels, qui augmentent progressivement, nous les connaissons déjà, nous les avons rencontrés dans notre chapitre de symptomatologie.

L'examen montre à la vulve une tumeur rosée constituée elle aussi par la paroi vaginale antérieure; mais voici d'autres signes qui sont plus caractéristiques et qui vont permettre le diagnostic.

Au palper, nous trouvons une tumeur *molle* réductible, dont la tension *varie* selon la quantité d'urine qui y est contenue; si on fait le cathétérisme avec une sonde d'homme dont on dirige le bec en bas, on diminue la tension de cette poche et l'on peut voir qu'elle est constituée par la vessie.

b) L'*urétrocèle* forme une tumeur plus ou moins volumineuse sur la paroi antérieure du vagin et sur le trajet de l'urètre; cette tumeur est hémisphérique, recouverte par la muqueuse vaginale. Les symptômes fonctionnels consistent en une gêne dans la miction; le plus souvent les malades présentent une incontinence légère. Mais la tumeur est *fluctuante*, susceptible de *diminuer* et même de disparaître par la compression qui fait sortir par l'urètre une urine mélangé de pus (1).

Le cathétérisme permet de voir que l'on se trouve en présence d'une poche située sur l'urètre ou communiquant assez largement avec lui.

(1) Duplay. Contribution à l'étude des maladies de l'urètre de la femme. *Archiv. général de Médecine*, juillet 1880.

c) *L'abcès sous-urétral*. Il forme une tuméfaction sur la ligne médiane de la paroi supérieure du vagin, du volume d'une grosse noix.

La collection liquide placée entre l'urètre et le vagin adhère à ces deux conduits mais on peut observer de la *fluctuation*; la pression fait *sourdre* quelques gouttes de pus par l'urètre (1).

Les troubles fonctionnels consistent en une gêne de la miction.

Cette affection appartient à la période active de la vie génitale de la femme. Ses caractères ont été mis en lumière par M. le professeur Augagneur, qui a inspiré une thèse sur ce sujet à son élève M. Calavassy.

d) *Kystes sous-urétraux*. On trouve des kystes dans le vestibule (2); ils naissent des cryptes glandulaires qui entourent le méat urinaire, la fluctuation en est difficile à sentir et, dans ce cas la ponction, exploratrice juge en dernier ressort.

Mais ces kystes peuvent tirer leur origine des glandes annexées au canal de l'urètre. English (3) en a observé un cas chez une femme de 35 ans; on a encore deux observations de Barry (4); ici la poche située entre l'urètre et le vagin avait le volume d'un gros œuf; la fluctuation était assez nette; le contenu du kyste

(1) Augagneur. *Province Médicale*, 1894, page 175.

Condamin. *Province Médicale*, 1894, page 181.

(2) Pozzi. *Traité de Gynécologie*, page 908.

(3) English. Ein Fall von einer Cyste in der Wand der weiblichen Harnröhre. *Wien. Medic. Presse*, 1881, page 599.

(4) De Barry. *Virchow's Archiv. B. d. CVI*, 1883, page 65.

incolore ; on peut cependant trouver dans ces poches glandulaires du pus plus ou moins visqueux (1).

3° Les fibro-myomes sont *péri-urétraux* et non *intra-urétraux*.

La muqueuse urétrale est normale.

La tumeur adhère intimement à la paroi du canal de l'urètre mais sans pénétrer à son intérieur.

Ce caractère nous permet d'éliminer :

a) Les *tumeurs de la vessie*. Il n'est pas rare de voir chez les femmes et surtout chez les enfants une tumeur de la vessie qui apparaît à la vulve à travers l'urètre dilaté ; ce fait s'explique facilement quand on songe à la brièveté de l'urètre de la femme et à sa facile dilatation (2). On observe bien entendu de l'incontinence d'urine, mais bientôt d'autres signes permettent de faire le diagnostic. Sans parler de l'*hématurie* si caractéristique, il est généralement facile de suivre le néoplasme jusqu'à son point de départ : la vessie. L'examen de cet organe soit par le toucher intravésical, soit par la cystoscopie lèvera tous les doutes.

b) Les *polypes de l'urètre*. Il est en général facile d'en faire le diagnostic ; on trouve au bord inférieur du méat une petite tumeur d'un rouge vif, rouge violacé, qui y est appendue par un court pédicule. Par la pression, cette tumeur pâlit, elle diminue de volume. On observe des troubles de la miction, quelquefois du vaginisme, le nervosisme aidant.

(1) Lejars. *Leçons de chirurgie*, 1893-94.

(2) Albarran. *Les Tumeurs de la Vessie*, page 183.

Le diagnostic d'un pareil fibro-angiome s'impose dans ces cas.

Mais il n'en est pas toujours ainsi. On peut avoir affaire à un polype intra-urétral (1), à un polype profond qui peut acquérir un volume assez considérable, témoin l'observation si instructive de M. Dubar (2), où la tumeur avait acquis « le volume d'une châtaigne ».

Dans ce cas, le septum uréthro-vaginal refoulé bombait dans le vagin; les lèvres étaient béantes. Il est vrai de dire que dans l'observation citée, la tumeur fibromyxomateuse vasculaire contenait des *fibres lisses* comme un véritable fibro-myome et dès lors il paraissait évident que la paroi de l'urètre avait participé à cette néoplasie; mais on comprend que le diagnostic soit des plus difficile dans ces cas.

L'exploration de l'urètre lèvera tous les doutes.

On trouve un pédicule; la tumeur est nettement *intra-urétrale*.

4° Les fibro-myomes de l'urètre de la femme ont une marche lente; la muqueuse vaginale reste toujours indépendante du néoplasme et ne lui *adhère* jamais, l'*ulcération* quand elle se produit ne présente aucun caractère suspect.

Ces signes vont nous fixer sur la *nature* de la tumeur à examiner et nous permettre le diagnostic avec le cancer et le sarcome de la région.

(1) Lejars. *Leçons de Chirurgie*, pages 596 et suivantes.

(2) Dubar. Note sur un volumineux polype de l'urètre chez la femme. *Bulletin Médical du Nord*, T. XXVIII, 1889, page 451.

a) *Cancer* (1). Le cancer se présente sous forme d'une tumeur rouge foncé; l'ulcération offre des bords déchiquetés bourgeonnant, à fond sanieux; elle saigne facilement. La muqueuse vaginale envahie par l'induration néoplasique ne se laisse plus froncer. La consistance de la tumeur est dure. Le canal de l'urètre respecté pendant quelque temps ne tarde pas à être compris dans cette gangue, qui l'enserme d'un véritable anneau cancéreux. L'état général peut rester satisfaisant quelque temps (2), mais la cachexie finit par apparaître; on trouve dans moitié des cas des ganglions inguinaux.

Ces caractères sont suffisamment caractéristiques et si on ajoute à cela : des douleurs lancinantes, qui empêchent la miction et surtout le coït, l'écoulement sanieux ou hémorragique assez souvent fétide, le doute n'est guère possible au sujet de la malignité de la tumeur et on ne saurait la confondre avec un fibrome. Ajoutons encore que cette affection apparaît comme les autres cancers, après 45 ans.

b) *Sarcome*. Les sarcomes sont difficiles à distinguer des fibro-myomes; le diagnostic est toujours des plus délicat.

Tout d'abord, l'âge des malades ne saurait nous donner aucune présomption : il oscille entre 40 et 50 ans; par conséquent l'apparition de ces néoplasmes

(1) Nous empruntons la plus grande partie de notre description à Hartmann, compte rendu du travail de M. Wasserman. *Annal. de gynécolog. et d'obst.*, avril 1896.

(2) Lahaye. *Thèse de Paris*, 1888 : Observation de Melchiori.

semble plus tardive que celle des fibromes ; mais c'est un signe incertain. Les cancers nous présentaient une induration nette, caractéristique ; dans les sarcomes, la consistance est plus mollassse ; mais à côté de points assez fermes, le palper permet d'en trouver d'autres où la tumeur est plus molle, plus élastique. La cachexie ne se révèle que par un peu d'anémie.

Jusqu'ici nous n'avons trouvé aucun signe réellement caractéristique, mais si nous parcourons attentivement les observations de Höning (1), d'Ehrendorfer (2), nous allons trouver des symptômes qui vont nous permettre de remarquer la malignité de la tumeur ; d'abord le *développement rapide* ; le toucher qui provoque de la *douleur* et surtout l'*adhérence* intime de la néoplasie à la paroi vaginale, nous font conclure à un sarcome.

Les quelques auteurs qui se sont occupés du diagnostic donnent encore comme symptôme différentiel la *variabilité de consistance* de la tumeur qui, fluctuante en un point, est dure dans un autre ; ce signe nous a paru difficile à reconnaître.

On a ajouté encore, et M. Lejars (déjà si souvent cité dans le cours de ce travail), y insiste spécialement, que si le fibrome a une forme sphérique, régulière, sans lobulisation, le sarcome par contre, est formé par *plusieurs tumeurs* de volume différent, qui sont accolées l'une à l'autre ; ainsi dans le cas d'Höning, la tumeur était formée de deux blocs inégaux ; le néo-

(1) Höning. *Berliner Klinis. Wochen.* 1869, p. 55.

(2) Ehrendorfer. *Centralblatt für gynæk.* Leipzig, 1893.

plasme décrit par Ehrendorfer était plus irrégulier encore, et présentait un grand nombre de bosselures. Ce signe paraît bien constant, mais nous avons vu que si généralement les fibro-myomes ont une forme régulière, on peut trouver des fibromes qui n'affectent pas une forme sphérique : ainsi dans l'observation que M. le professeur agrégé Condamin a publiée, la tumeur était constituée par deux masses principales (observation VII).

Les ulcérations ont des bords bourgeonnants ; elles forment « des champignons (1) mous, pâles, œdémateux », qui sont d'une grande friabilité et donnent un suintement hémorragique.

En résumé, le sarcome est caractérisé par son *développement rapide* et son *allure envahissante*, par la *douleur* qu'il provoque, et surtout l'*adhérence* qu'il finit par contracter avec la muqueuse vaginal.

Maintenant que le diagnostic différentiel est fait et que nous sommes arrivé en procédant par exclusion à faire le diagnostic de fibro-myome, il reste à chercher quel est le *siège* de ce fibrome ; quelles sont ses connexions avec l'urètre, l'étude des signes physiques nous paraît avoir été faite avec assez de détails, et nous renvoyons le lecteur au chapitre de la symptomatologie.

(1) Ehrendorfer, déjà cité plus haut.

CHAPITRE IV.

TRAITEMENT.

Le traitement médical ne peut suffire pour amener la guérison des fibro-myomes juxta-urétraux de la femme.

L'iodure de potassium, l'arsenic, le phosphore ne peuvent être d'aucune efficacité.

Que faut-il penser de l'ergot de seigle et de l'extrait fluide d'*hydrastis canadensis*? Ces deux médicaments utilisés pour la constriction vasculaire qu'ils déterminent, trouvent moins leur application ici que pour les corps fibreux de l'utérus; en effet, les hémorragies sont rares; nous n'en avons guère qu'un cas (observation VII). Il est bien évident que la pommade à base de cocaïne peut trouver son indication dans les crises douloureuses de vaginisme qu'elle peut suffire à guérir (observation VIII).

Les lavages à l'eau boriquée sont également à prescrire.

Ajoutons encore qu'au point de vue de la santé générale, les eaux minérales chlorurées sodiques :

(Salies-de-Béarn, Biarritz, Salins) ont d'excellents effets.

Nous voyons que la thérapeutique purement médicale est frappée d'impuissance et que son rôle se borne ici à quelques *rare indications symptomatiques*.

Peut-on essayer dans ces cas le *traitement électrique* avec le courant continu dont la vogue a été si grande pour le traitement des corps fibreux de l'utérus ? Il est certain qu'ici, il n'est pas besoin d'aller pénétrer dans l'utérus, les électrodes peuvent être moins compliquées la tumeur est sous la main séparée seulement par une faible épaisseur d'épithélium ; mais à notre avis, le chirurgien ne devra proposer cette méthode de traitement qu'à ces malades timorées que toute intervention sanglante effraie, et qui repoussent l'opération la plus bénigne ; encore dans ce cas, le chirurgien peut-il espérer tout au plus une amélioration, un arrêt dans le développement de la tumeur et ne pas compter sur la guérison.

La seule méthode vraiment efficace est l'*ablation de la tumeur*, son énucléation.

Ablation de la tumeur. — Comme dans toutes les interventions sur les organes génitaux, il faut commencer par faire l'*asepsie du vagin*.

On fera prendre la veille de l'opération un grand bain à la malade (1). Deux jours avant on fera deux fois par jour des irrigations vaginales antiseptiques ; dans les intervalles un tampon de gaze iodoformée sera maintenu dans le vagin.

(1) Gangolphe. Asepsie des organes génitaux. *Guide pratique de petite chirurgie*, page 39.

Immédiatement avant l'intervention, la partie interne des cuisses, les grandes lèvres et le mont de Vénus seront lavés à la brosse et au savon, les poils seront rasés. On pratiquera une irrigation abondante dans le vagin qui sera une dernière fois lavé ainsi que la région avec du sublimé à 1/2000 d'abord puis avec une solution boriquée à 40/1000 pour enlever l'excès de sublimé.

La vessie sera vidée; son contenu remplacée par quelque centimètres cubes d'eau boriquée et une sonde métallique stérilisée maintenue dans l'urètre.

La malade, anesthésiée, reposera sur la table d'opération dans la position dorso-sacrée, les cuisses maintenues écartées par deux aides. Un troisième aide abaissera la fourchette avec une valve de Sims.

L'opération, des plus simple, peut se diviser en trois temps :

1^{er} temps: Tracé au bistouri d'une incision parallèle au grand axe de la tumeur. Le chirurgien divise la muqueuse vaginale et finit par tomber à l'intérieur de la capsule fibreuse; il reconnaît qu'il est arrivé dans un tissu moins dense et qui se laisse décoller.

2^e temps: Décortication de la tumeur saisie solidement avec une pince à griffes qui permet de la tourner dans tous les sens et de présenter successivement toute sa surface adhérente. Quand les lèvres de l'incision sont amorcées, on peut poursuivre la décortication avec les doigts ou bien avec la curette mousse, les énucléateurs de Sims, de Pozzi.

3^e temps: Reprise du bistouri ou des ciseaux pour séparer la tumeur de son insertion à l'enveloppe musculieuse de l'urètre. C'est le temps le plus délicat mais

avec un peu d'habileté il est assez facile de ne pas intéresser la paroi de l'urètre que la sonde métallique n'a pas quitté.

Il ne reste plus qu'à suturer la poche par un surjet au catgut; la plaie vaginale peut être fermée au crin ou simplement au catgut.

Pansement à la vaseline iodoformée. Un tampon de gaze iodoformée est maintenu dans le vagin par un bandage en T. Les suites de l'opération sont des plus simples. Pas de troubles de la miction. Guérison en quelques jours.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I.

REV. *Bulletin médical du Nord*, 1868.

Madame X..., âgée de 36 ans, de bonne constitution, d'un tempérament lymphatico-nerveux, n'a pas d'antécédents maladifs qui méritent d'être rapportés. Mariée à un homme ardent, dit-elle, elle a eu six enfants, tous venus à terme et bien portants.

Il y a douze ans, entre la seconde et la troisième grossesse, elle s'aperçoit d'une petite tumeur siégeant dans la vulve, au-dessous du clitoris; elle était indolore et n'avait que le volume d'une aveline. Cependant elle augmenta lentement mais progressivement de volume et acquit la grosseur et la forme d'un gros œuf de dinde. Soit qu'elle ait résisté à des conseils chirurgicaux antérieurs, soit qu'elle voulût dissimuler son mal, la malade n'avait rien fait pour arrêter le développement de la tumeur. Il a fallu la grande incommodité qu'elle causait, quoique d'ailleurs aucune fonction ne s'en trouvât entravée.

Quand nous sommes appelé à la voir, la tumeur fait saillie hors de la vulve, bouchant l'orifice de l'urètre, sur lequel elle retombe de tout son poids. Elle était d'abord entièrement recouverte d'une membrane muqueuse, absolument analogue, pour la coloration, à celle du vagin.

Mais, depuis six mois, la marche et le frottement du linge de corps avaient irrité et enflammé la moitié inférieure où s'était produit un boursoufflement comme à la suite d'un vésicatoire. Cette cloche s'était ouverte, laissant échapper un peu de liquide ; il en était résulté une ulcération dans la même étendue. Elle était à bords déchiquetés à fond grisâtre ; il s'écoulait un pus sanieux et fétide qui infestait la malade. Elle restait néanmoins entièrement indolore. Parfois le détachement des tissus gangrenés provoquait l'écoulement d'un peu de sang. En soulevant la tumeur avec la main, on reconnaissait son siège au-dessus du méat, adhérente à la vulve par un large pédicule. L'introduction de la sonde dans le canal faisait voir que la paroi supérieure de celui-ci constituait sa base. Au reste, toutes ces parties de l'urètre avaient subi des changements.

Dans le pourtour, la muqueuse était pâle, *hypertrophiée*, surtout vers la partie inférieure où cette hypertrophie terminait le méat urinaire en forme de bec d'aiguière.

Était-ce là un résultat de la compression de la tumeur sur ces parties, ou celui de la *tendance hypertrophique de l'urètre*.

Le diagnostic avait son importance après l'enlèvement de la tumeur ; mais il était difficile, je pense, de se prononcer à l'aspect seulement.

Quelques essais de traitements antérieurs avaient été tentés, nous a dit M^{me} X..., entre autres des cautérisations au nitrate d'argent sans doute ; mais la marche du développement n'en ayant pas été arrêtée, l'affection avait été déclarée incurable et l'ablation trop dangereuse, par suite de l'incontinence qui pouvait résulter de l'opération. Comme c'était le seul traitement rationnel, il fallut décider la malade en la rassurant sur le peu de probabilité de pareilles suites. Nous n'avions pas à craindre en effet d'atteindre le sphincter de la vessie, tout au plus le jet de l'urine pourrait changer de direction dans l'émission restée volontaire, ce qui est arrivé, en effet.

L'opération fut pratiquée avec le concours de notre honorable confrère M. Testelin. Le pédicule de la tumeur était large, ses éléments vasculaires inconnus ; l'enlèvement par l'incision pouvait provoquer une hémorragie trop abondante. Un fil ordinaire, embrassant le pédicule, isola complètement la tumeur et marqua les limites jusqu'où l'écraseur de Chassaignac devait atteindre. La chaîne de l'instrument fut resserrée à raison d'un cran par chaque demi-minute. En sept minutes, la tumeur se détacha. Il y eut un écoulement de sang d'abord assez abondant, arrêté par l'application de tampons de charpie, imbibés de perchlorure de fer, et un appareil de compression. Dès le lendemain, le tamponnement fut enlevé.

La plaie, mise à nu, laisse voir en effet que la paroi supérieure de l'urètre a été enlevée dans une étendue de deux centimètres, à peu près. La malade urinait sans difficulté, mais le jet était horizontal. Quelques compresses imbibées d'eau émolliente, des soins de propreté, furent seuls conseillés. Cependant, le contact de l'urine et l'impossibilité de la réunion par première intention, rendirent la cicatrisation assez longue. Les douleurs furent assez vives pendant la première période au moment de la miction. Plus tard, quelques bourgeons charnus excessifs ont nécessité l'emploi de la pierre. Aujourd'hui, les parties atteintes sont couvertes d'un tissu cicatriciel. La portion du canal enlevée s'est notablement rétrécie, et le jet de l'urine a presque sa direction normale. L'hypertrophie du méat n'a pas été modifiée, mais tout porte à croire qu'elle s'arrêtera à cette limite. La guérison est donc complète.

L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un *fibrome* pur.

OBSERVATION II.

RIZZOLI. *Journal de médecine de Bruxelles*, 1875.

J'ai eu l'occasion d'observer une tumeur péri-urétrale assez rare chez une femme de 40 ans qui avait eu plusieurs accouchements heureux. Elle s'était aperçue de la présence de cette tumeur trois ans avant que je ne la visse. Dès le principe, elle était très petite, et se montrait en dedans du vagin, très près de son orifice ; peu à peu elle s'était accrue au point de prendre les dimensions et la forme d'un œuf de dinde. La femme étant couchée, les cuisses écartées, la tumeur faisait saillie entre les grandes lèvres, de façon à simuler une vaste *cystocèle vaginale*. Après avoir procédé à tous les examens d'usage et en tenant en considération le siège, la forme et la consistance de la tumeur, je pus diagnostiquer un fibromyome volumineux développé dans le cul-de-sac *vagino-urétro-vésical*.

En présence de la gêne et de l'incommodité apportées par la tumeur, la malade s'était décidée à en subir l'extirpation. Je pratiquai l'opération à peu de chose près de la même manière que l'enlèvement du kyste péri-urétral dont je viens de rapporter l'observation. La femme étant couchée sur le bord du lit, les jambes écartées et soutenues par deux aides, j'introduisis une sonde dans la vessie pour évacuer son contenu et pour me servir en outre de guide et empêcher toute blessure de l'urètre ou de la vessie pendant l'opération nécessaire pour la dissection de la tumeur. Celle-ci ayant été presque entièrement mise en relief, je pus facilement pratiquer, sur la paroi vaginale qui la recouvrait, une incision elliptique à direction longitudinale, de façon à faire dépasser les deux extrémités de l'ellipse, les deux extrémités de la tumeur elle-même ; ensuite tantôt avec le bistouri, tantôt avec les ciseaux ou avec le doigt, je l'isolai entièrement du vagin et des tissus voisins.

L'ayant ensuite saisie avec les pinces à griffe de Museux, je détachai, en y mettant les précautions voulues, avec le doigt seulement et avec les ciseaux courbés sur le plat, la base de la tumeur des adhérences qui l'unissaient à l'urètre, comme au sommet et au bas-fond de la vessie. Cette dissection fut pratiquée assez lestement. Entre le temps que je cherchais à détacher la tumeur, on pratiquait des irrigations d'eau froide pour arrêter le sang qui coulait en abondance. La tumeur complètement enlevée et l'hémorragie ne cédant ni aux injections froides, ni à l'application de la glace, je fus obligé de recourir au tamponnement avec des boulettes de charpie imbibées d'eau de Pagliari; elle s'arrêta alors.

La présence du tampon n'empêcha point, le jour suivant, l'opérée d'émettre ses urines, bien que la sonde eut été enlevée. A partir de ce moment elle n'eut plus aucune douleur. Quand on enleva le tampon, il s'échappa du pus de bonne nature, et la plaie se cicatrisa complètement en moins de quarante jours. Il s'est écoulé plus de trois ans déjà depuis cette opération, la femme jouit d'une parfaite santé et il n'y a pas la moindre trace de repullulation du mal.

L'examen anatomique de la tumeur confirma le diagnostic d'un fibro-myome : elle fut déposée au musée anatomique de l'Université.

OBSERVATION III.

TILLAUX, *Annales de gynécologie*, 1889, page 161.

Femme de 29 ans n'ayant jamais été malade; a eu deux enfants après des accouchements normaux. Il y a dix-huit mois, elle a fait une fausse couche.

A cette époque, elle constata l'existence d'une tumeur du volume d'une noisette qui occupait la vulve; elle était dure, non douloureuse, et ne provoquait aucun trouble.

Pendant un an, la femme ne fut pas gênée et le volume de la tumeur resta le même.

Depuis cinq mois, la tumeur s'est développée d'une façon continue; la malade a éprouvé de la gêne, des envies plus fréquentes d'uriner, de la douleur pendant la marche et de l'impossibilité de tout rapprochement sexuel.

Sans qu'il soit besoin d'écarter les grandes lèvres, on aperçoit une masse de couleur rosée, ovoïde, du volume d'un œuf de poule, qui pourrait faire songer tout d'abord à un polype utérin faisant saillie hors de la vulve, mais le plus simple toucher démontre qu'il s'agit d'une tumeur de la vulve elle-même dont le tiers inférieur seulement est libre. Cette tumeur est d'ailleurs absolument fixée dans la place qu'elle occupe, et ne peut être refoulée en arrière, ni attirée en avant; elle est donc privée de tout pédicule et sessile. De la surface se détache une sorte d'appendice vermiciforme tout à fait bizarre et dont il m'est impossible d'indiquer le mode de production.

Voici ce que démontre un examen plus approfondi :

La tumeur est manifestement recouverte par une membrane muqueuse dont la coloration un peu rougeâtre tranche sur le fond rosé de la muqueuse vulvaire. Elle est lisse à sa surface; la consistance est ferme et élastique; il n'y a pas de fluctuation.

Le toucher vaginal indique que la tumeur se prolonge dans le vagin, dans la profondeur d'environ 2 centimètres et demi. Plus haut, le vagin est normal, ainsi que l'utérus.

Les petites lèvres sont libres et indépendantes ainsi que le clitoris; par contre, l'urètre offre avec la tumeur des rapports plus intimes. Le méat urinaire est déformé. Il se présente sous forme non d'un orifice arrondi, mais d'une fente linéaire dirigée verticalement et très rapprochée du bord gauche de la masse. On introduit facilement une sonde dans le canal, et cette manœuvre combinée avec le toucher permet de constater la fusion de la tumeur avec la paroi urétrale. Le néoplasme occupe donc celle-ci et plus spécialement la paroi latérale droite. On comprend comment la tumeur est immobilisée et

semble partir de la branche ischio-pubienne, tandis qu'elle occupe le vestibule qu'elle déborde fortement en bas. Il est également aisé de comprendre les troubles apportés dans la miction, et c'est surtout ce dont se plaint la jeune femme : l'urine n'est plus projetée en avant et en bas, elle s'échappe en s'éparpillant vers le côté gauche de la vulve qu'elle souille ainsi que les vêtements.

La tumeur fut enlevée par une incision faite dans son grand axe ; après deux pansements à la gaze iodoformée la malade urinait seule. Le canal de l'urètre n'avait pas été intéressé dans l'intervention. La guérison eut lieu au bout de dix jours.

L'examen montra qu'on était en présence d'un fibromyome.

OBSERVATION IV (1).

BÜTTNER. *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie.*

Le 6 septembre 1893, la femme Elisabeth G..., âgée de 40 ans, se présente à la clinique de Marburg. La malade était réglée d'une façon normale, depuis l'âge de 17 ans. Mariée depuis neuf ans, elle n'avait pas eu d'enfants et jouissait d'une bonne santé générale. Comme antécédents pathologiques, elle n'accusait qu'un ancien ulcère de la jambe.

Depuis un an, la malade se plaint d'une sensation de pesanteur dans la région du canal urinaire, et depuis un mois, il s'est formé une petite tumeur qui s'est rapidement augmentée. La miction était restée normale jusqu'à ces derniers temps, mais depuis le grossissement de la tumeur, la malade ne peut conserver longtemps ses urines, qui se

(1) Büttner. *Ein Fall von Myom der weiblichen Urethra. Zeitschrift für geburts-hilfe und gynäkologie.* B. d. 28, p. 132.

sont mises à couler goutte à goutte. Les douleurs sont allées en augmentant depuis l'apparition de la tumeur ; elles présentaient un certain degré, surtout quand la patiente cherchait à retenir quelque temps son urine.

Etat actuel. — Femme d'aspect sain ; à l'aîne droite, ulcère crural.

L'examen des organes génitaux externes, montre une tumeur grosse comme un œuf de poule, ulcérée, de couleur sale et de forme cylindroïde, sa consistance rappelle un myome utérin ordinaire.

En avant, cette tumeur est séparée du clitoris, par un large pont de tissu sain.

Cette tumeur n'affecte aucun rapport avec les grandes lèvres et la paroi vaginale ; elle est située immédiatement *au-dessus* de l'orifice de l'urètre, qui, sous l'influence de la tumeur, a pris la forme d'une fente semi-lunaire de 4 à 5 centimètres de large.

La tumeur est entourée à sa base d'une capsule conjonctive dans laquelle sont évidemment compris les faisceaux du sphincter urétral : la couleur rouge vif de la capsule, tandis que la tumeur elle-même est plutôt rouge-gris, le prouve.

La tumeur n'est que peu douloureuse au toucher. Les organes génitaux n'offrent aucune particularité, si ce n'est une légère rétroversion de l'utérus. L'urine est claire, normale et ne contient pas de sang.

Voici quel est notre diagnostic : tumeur urétrale, de nature probablement conjonctive.

Nous avons songé à la possibilité d'une tumeur maligne de l'urètre, comme il arrive quelquefois (Beigel a décrit un sarcome ; Winckel, un carcinome), mais les symptômes caractéristiques signalés par ces auteurs faisaient défaut, notamment les écoulements sanguins et les douleurs excessives à l'occasion du coït.

L'extirpation fut pratiquée le 7 septembre ; on évita de couper les fibres musculaires qui entouraient la tumeur, pour ne pas avoir d'incontinence d'urine.

Après avoir soulevé la tumeur avec une pince de Museux, on fit une section circulaire superficielle à l'enveloppe fibreuse autour du pédicule de la tumeur. Celle-ci s'énuclée avec facilité de son enveloppe, comme on le constate souvent dans les fibro-myomes de l'utérus. L'écoulement de sang, fut très faible et à la place qu'occupait la tumeur, on pouvait constater l'existence d'une excavation dirigée en avant.

On tamponna avec de la gaze iodoformée. Le 8 septembre, la malade urine 500 centimètres cubes d'urine qu'elle avait retenus facilement. La plaie a diminué, le méat urinaire s'est rétréci. La miction a lieu normalement.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur a la grosseur d'un œuf de poule et a la forme d'un bouchon de bouteille de champagne, dont l'extrémité inférieure se termine en cône ; elle est solide et de tissu uniforme. Peu de vaisseaux ; la consistance et la constitution sont celles d'un myome utérin.

L'examen histologique confirme cette similitude avec un myome typique de l'utérus. A part une faible quantité de tissu conjonctif, on ne trouve dans la tumeur que des fibres musculaires lisses avec des noyaux allongés et caractéristiques. Le néoplasme est entouré d'une couche mince de tissu conjonctif.

La tumeur ne peut provenir que du tissu musculaire lisse disposé comme l'a montré Henle en deux couches, l'une externe, de fibres longitudinales ; l'autre interne, de fibres circulaires.

Topographiquement, nous pouvons placer le point de départ de la tumeur dans un point de la *paroi antérieure* de l'urètre, situé à un centimètre en arrière de l'orifice externe, correspondant au fond de la cavité décrite.

Elle s'est développée dans le tissu intermédiaire à l'urètre et à la commissure antérieure et est devenue en définitive visible en avant des organes génitaux.

Un examen superficiel aurait pu faire croire que la tumeur avait pour point de départ le méat, mais dans ce cas, nous aurions dû voir l'orifice urinaire entourer la tumeur, tandis

qué, au contraire, nous constatons seulement un rapport étroit du néoplasme avec le bord antérieur du méat.

L'hypothèse d'une tumeur intra-urétrale n'était pas admissible, car dans ce cas, nous aurions observé les symptômes d'une rétention et non d'une incontinence d'urine.

OBSERVATION V.

LEJARS. *Leçons de chirurgie*, page 599 et suivantes.

Femme de 40 ans, bien portante. Depuis un an, elle s'est aperçue de l'existence d'une petite tumeur à la partie antérieure de la vulve, au-dessous de l'urètre; un peu aplatie, dure, indolente, la petite masse a grossi peu à peu, provoquant une gêne croissante pendant la marche et quelque difficulté de la miction. Depuis quelques mois, par le frottement continu, elle s'était ulcérée superficiellement; enfin le 14 août 1893, la malade s'était décidée à consulter un médecin qui avait porté le diagnostic de descente, et appliqué un pessaire. Deux jours après, la soi-disante descente proéminente de plus belle, le pessaire était enlevé.

Entre les lèvres de la vulve, une tumeur fait relief; du volume d'un gros œuf, ovoïde, à grand diamètre vertical, elle se prolonge jusqu'au bord postérieur du méat; en arrière et en bas, elle vient finir sur la paroi antérieure du vagin, qu'elle soulève sur toute la longueur du septum uréthro-vaginal. On la refoule aisément dans le vagin, et l'on constate nettement qu'elle occupe la paroi postérieure de l'urètre, auquel elle est intimement fixée.

Une muqueuse un peu rouge, ulcérée au point le plus saillant, la recouvre; l'ulcération ne présente d'ailleurs aucun caractère suspect, elle est peu profonde, à bord aminci et revêt toute l'apparence d'une perte de substance, due au

frottement et à la compression. La tumeur est résistante, presque molle, ses contours sont réguliers, on n'y retrouve aucune trace de lobulation, la consistance paraît uniforme. Le cathétérisme se fait sans difficulté; la palpation est peu douloureuse.

Le diagnostic fut de fibrome péri-urétral. Le 26 septembre 1893 la tumeur fut enlevée. Une incision ovale circonscrivant le segment de muqueuse ulcérée, découvrit sa face superficielle, dont la dissection se fit sans peine, ses deux bords furent isolés, puis sa face profonde, atténante à la paroi inférieure de l'urètre, mais d'adhérence minime. Le néoplasme une fois enlevé, l'urètre était dénudé sur toute sa longueur. et l'on distinguait aisément les fibres musculaires transversales de sa tunique externe; il était resté parfaitement intact et la tumeur siégeait bien dans l'épaisseur du système uréthro vaginal, sans connexion aucune avec la muqueuse de l'urètre. Réunion, tamponnement à la gaze iodoformée. Guérison en 10 jours.

La tumeur est de coloration grisâtre, de consistance molle, il s'agit d'un fibromyome analogue aux fibromyomes utérins.

OBSERVATION VI.

D^r ROUTIER. *Fibro-myome de l'urètre chez la femme.*

BENOIT. *La Gynécologie*, avril 1896, page 145.

Madeleine M..., concierge, âgée de 42 ans, entre dans le service de M. le D^r Routier, hôpital Necker, le 9 novembre 1895.

La malade a eu une fièvre typhoïde à 11 ans.

Elle a été réglée à 12 ans; les règles ont toujours été régulières et faciles. Deux enfants à terme, l'un a 17 ans, l'autre 28 ans; accouchements normaux.

Depuis quelques années, la malade a constaté du sable dans ses urines, en petite quantité. Jamais de coliques néphrétiques; pas d'autre modification des urines.

Il y a un an, la malade, au moment d'un effort, sentit quelque chose se décrocher et faire saillie à la vulve. Elle constata alors une tuméfaction de la grosseur d'un petit œuf de poule et crut à une descente de matrice. Jusque-là, elle n'avait absolument rien remarqué d'anormal, rien ne la gênait ni pour les mictions, ni dans les rapports sexuels. Elle n'éprouva du fait de cette tuméfaction, aucune douleur, aucun symptôme nouveau et ne consulta pas.

Depuis trois mois seulement, la malade remarqua que la grosseur augmentait légèrement et la marche devint gênée, puis pénible par le frottement qu'elle occasionnait.

Il y a un mois, une ulcération d'abord minime se forma à la partie la plus saillante de la tuméfaction. Cette érosion, d'abord superficielle, s'accrut et donna lieu à un suintement séro-hémorragique continu qui gênait beaucoup la malade. Il n'y eut jamais d'hémorragie abondante.

En présence des douleurs qui résultaient de la fatigue, de l'écoulement gênant, la malade se décide à consulter et entre à l'hôpital le 9 novembre.

Signes physiques. — En examinant la malade, on constate une saillie à la région vulvaire, entrebaillant les petites lèvres à la façon d'une cystocèle et s'étendant, du méat, refoulé en haut, jusqu'à la fourchette qu'elle déprime. Son aspect extérieur est celui de la paroi vaginale qu'elle refoule, c'est-à-dire qu'elle est rosée sur les bords, plus rouge vers le centre où elle présente une ulcération de la grandeur d'une pièce de 5 francs; à fond rouge vif, grumeleux, recouvert par places d'un léger enduit blanchâtre à bords irréguliers, se continuant par une insensible transition avec la muqueuse voisine. Sa forme est oblongue, son grand diamètre est de 10 centimètres environ, son diamètre transversal de 7 centimètres.

Au toucher, le doigt s'enfonce dans le vagin en soulevant

la tumeur; il rencontre le col utérin à sa place normale.

L'orifice de l'urètre se voit en abaissant légèrement la masse saillante et en écartant les replis des grandes lèvres qui la brident.

Le méat est normal, une sonde introduite dans l'urètre ne pénètre pas dans la tuméfaction, mais on la sent, par le toucher vaginal, suivre le trajet normal et aboutir à la vessie.

La consistance de la tumeur est élastique, il existe une fausse fluctuation, mais en palpant avec attention, on voit qu'on a affaire à une tumeur solide. En pressant la tumeur, on ne détermine pas d'envie d'uriner et on ne change ni ses dimensions, ni sa forme.

La paroi vaginale en est indépendante, on peut la froncer sur les parties profondes; par contre, il paraît difficile de la mobiliser sur l'urètre.

En présence de ces signes, M. le Dr Routier pose le diagnostic de tumeur solide développée dans la cloison urétro-vaginale, dépendant probablement de l'urètre.

Considérant d'autre part la marche lente de la tumeur, la parfaite conservation de l'état général, la consistance de la néoplasie, l'anatomie de la région, il ajoute fibro-myoïde ou fibrome.

Il fit, sur la partie saillante de la tumeur, une incision elliptique circonscrivant l'ulcération et à un centimètre de ses limites.

L'incision atteignit d'emblée le fibrome.

La dissection des lèvres de l'incision fut amorcée avec des pinces à griffes et le bistouri et quand on fut tombé sur un tissu cellulaire moins dense, paraissant suivre la périphérie de la tumeur, celle-ci fut saisie avec une pince à mors, dont quelques tractions facilitèrent l'énucléation.

La partie supérieure (par rapport au vagin) de la tumeur adhérait intimement à l'urètre. M. Routier reprit le bistouri pour la détacher et il sembla à ce moment que quelques fibres de la paroi de l'urètre furent intéressées.

Hémostase par forcipressure, surjet profond pour combler

la cavité saignante ; la paroi vaginale fut réunie aux crins de Florence. Mèche iodoformée dans le vagin, bandage en T.

Les suites furent simples ; le 13 décembre ablation des fils ; la malade se leva le 14 et quitta l'hôpital le 17 décembre.

Examen anatomo-pathologique. — La tumeur enlevée, du volume d'un œuf de dinde, est de coloration blanchâtre ; elle est entourée d'un tissu cellulaire lâche, peu abondant et présente à sa face supérieure une gouttière profonde, longitudinale, correspondant à l'urètre qui y était couché.

A la coupe, la tumeur est dure, mais ne crie pas sous le scalpel ; la coloration est blanchâtre ; on constate de nombreux îlots d'un blanc plus mat, arborescents, isolés les uns des autres par des tractus fibreux qui les circonscrivent.

L'examen microscopique montre des faisceaux conjonctifs et des fibres musculaires.

Il s'agit d'un fibro-myome.

OBSERVATION VII.

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé CONDAMIN.

(*Annales provinciales de chirurgie*, 1894, page 569.)

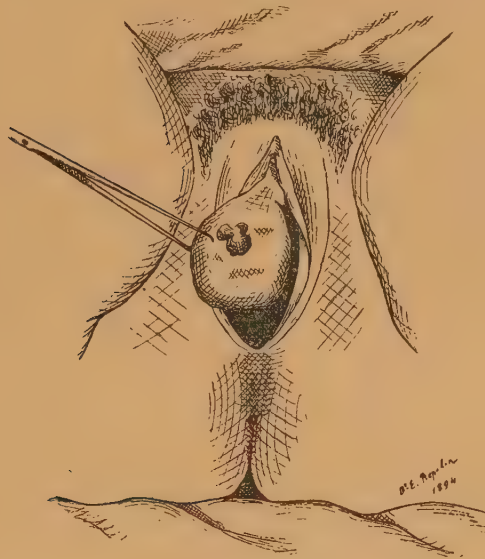
C... A..., âgée de 33 ans, née à Savigneu (Ain), entre à la Charité le 5 mai 1894, dans le service du professeur Laroyenne, pour être débarrassée d'une grosseur qu'elle porte entre les grandes lèvres.

Réglée à 16 ans, et depuis toujours régulièrement. Ses règles sont peu abondantes, durent deux ou trois jours. Jamais de grossesses, ni de fausses couches ; mariée depuis huit ans. Bonne santé générale.

Le début de son affection remonterait à douze mois. A ce moment, elle se serait aperçue d'une petite tuméfaction de la grosseur d'une noisette, siégeant très probablement, d'après

les renseignements un peu vagues que l'on obtient de la malade, au niveau de l'orifice urétral. Cette tumeur, depuis six mois, aurait augmenté sensiblement. A plusieurs reprises, il s'est effectué des hémorragies assez sérieuses, ayant pour point de départ la surface ulcérée de cette tumeur.

Figure 1.



Fibrôme juxta-urétral avant l'opération.

État actuel. — On constate actuellement, dans la région sous-pubienne, une tumeur bourgeonnante à son extrémité inférieure, où la muqueuse qui la recouvre partout ailleurs est bourgeonnante et ulcérée. Elle présente le volume d'un gros œuf de dinde.

Elle siège à droite et au-dessus du méat et du canal urétral, qui présente une forme aplatie et qui est considérablement dilaté. Le méat et le canal urétral admettent facilement l'index qui peut pénétrer sans peine dans l'intérieur de la

vessie. L'urètre est un peu déjeté à gauche, par suite du développement qu'a pris la tumeur.

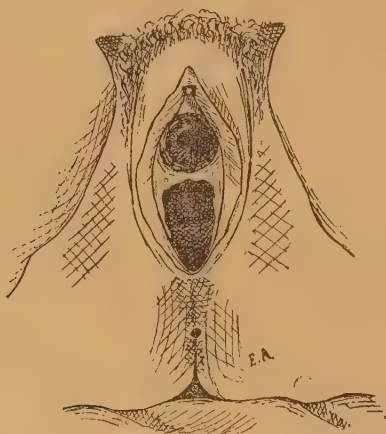
Par le toucher vaginal et urétral combiné, on sent très nettement que cette tumeur est constituée par deux masses principales réunies, dont la plus petite est adjacente à la partie supérieure de la petite lèvre qui est dédoublée. Elle ne plonge pas dans l'épaisseur du vagin, au delà de la hauteur du ligament triangulaire du pubis.

Une partie de la tumeur est en dehors des grandes lèvres ; sa surface muqueuse est légèrement cutanisée à ce niveau ; à son extrémité antérieure, il existe deux bourgeons fongueux qui passent à travers une éraillure de la muqueuse ulcérée. Celle-ci, dans son ensemble, paraît peu adhérente aux plans sous-jacents.

L'utérus occupe sensiblement sa place normale, mais il est atrophié. Sa cavité ne mesure que 4-5 centimètres au plus. Les culs-de-sac sont complètement effacés, surtout en avant.

Les rapports conjugaux, malgré la présence de la tumeur, qui semble occlure la vulve, étaient possibles. Ils n'étaient nullement hétérotopiques, comme pourrait *a priori* le faire croire la dilatation considérable du méat urinaire et du canal urétral.

Fig. 2.



Le vagin, la tumeur enlevée, après l'opération.

Opération. — Le 9 mai 1894, on décortique facilement cette tumeur de son enveloppe fibro-muqueuse; on s'efforce dans cette décortication de rester aussi près que possible de la tumeur, pour ne pas enlever une partie des parois urétrales qui sont adjacentes. On résèque ensuite une partie de cette muqueuse, qui enveloppait la tumeur, et l'on pratique la suture, de façon à reconstituer dans leur état normal et le méat urinaire et la portion adjacente de la vulve. Comme on peut le voir par la figure ci-dessus (fig. 2), le méat urinaire, qui avant l'opération était réduit à une fente semi-lunaire, forme maintenant un orifice arrondi, rappelant un orifice hyménéal. Il est légèrement projeté en avant, et paraît occuper le centre de la vulve.

Après l'opération, la région urétrale et juxta-urétrale est enduite de vaseline iodoformée. Un tampon de gaze iodoformée est introduit dans le vagin, pour exercer sur la paroi supérieure de celui-ci un certain degré de pression.

Le jour même la malade urina spontanément.

Pas d'incontinence. Huit jours après, elle était complètement guérie.

Anatomie pathologique. — L'examen histologique a montré à M. le professeur Bard que la tumeur était constituée par du tissu conjonctif exclusivement. Le néoplasme était donc un fibrome pur (Voir chapitre d'anatomie pathologique). Comme dans l'observation de Tillaux, la tumeur siégeant à droite était adhérente à l'urètre dont le méat était absolument dévié à gauche. Le canal urétral avait des dimensions absolument anormales en longueur et en largeur, comme si le fibrome en question avait déterminé un allongement analogue à celui que l'on observe dans les utérus fibromateux. Il était facile de faire pénétrer l'index jusque dans la vessie sans produire de distension douloureuse.

OBSERVATION VIII.

Communication écrite de M. le Dr ROUTIER.

Malade de la ville, âgée de 32 ans, mariée, nullipare, santé bonne, toujours bien réglée. Pas de troubles urinaires sinon une légère difficulté dans la miction.

La malade ne présentait qu'un vaginisme assez marqué.

Il y a quatre mois, on constatait au toucher une petite tumeur de la grosseur d'une noix occupant la partie vésicale de l'urètre. La tumeur était élastique, indolore, sans rapport intime avec la paroi vaginale.

Pour des raisons diverses, l'opération fut différée.

Il y a huit jours, M. le Dr Routier fit l'ablation du fibrome qui s'était un peu développée et avait acquis le volume d'une grosse noix.

Ce qu'il y a de curieux, c'est qu'entre temps, avec un simple traitement avec la pommade cocaïnisée, le vaginisme avait disparu.

Le fibromyome fut enlevé facilement et énuclée par une incision parallèle à l'axe du vagin. La plaie fût suturée au catgut.

La guérison a été complète et rapide. Somme toute, conclut M. le Dr Routier : « lésions bénignes ; opération facile, suites nulles, petite chirurgie. »

CONCLUSIONS.

I. — Les tumeurs fibreuses péri-urétrales chez la femme sont des plus rares ; elles apparaissent entre trente et quaranté ans. On les distingue en fibromes purs et en fibro-myomes, qui sont de beaucoup les plus nombreux.

II. — Ces tumeurs peuvent siéger plus ou moins haut par rapport à l'urètre, de là une division importante non seulement au point de vue anatomique, mais encore au point de vue clinique, en fibromes de la partie supérieure de l'urètre et en fibromes de la partie inférieure. Ces derniers pouvant être à leur tour sus-urétraux ou sous-urétraux, ce qui arrive le plus souvent.

III. — Les malades présentent ordinairement à la vulve une tumeur de la grosseur d'un œuf de dinde, de consistance élastique. Le toucher vaginal montre

que le néoplasme fait saillie dans le vagin au niveau de la cloison uréthro-vaginale qu'il déprime ; la muqueuse vaginale n'offre aucune adhérence à la tumeur qui est solidement fixée par contre à l'urètre, ce qu'il est facile de constater en combinant le toucher vaginal au cathétérisme avec une sonde métallique.

Les tumeurs sus-urétrales font saillie au-dessus du méat, au niveau du vestibule ; elles sont fixées à la paroi supérieure de l'urètre.

Les fibromes de la partie supérieure de l'urètre peuvent être reconnus par le toucher vaginal sur la paroi antérieure du vagin, qu'ils dépriment ; mais ils ne font pas saillie à la vulve.

IV. — Les troubles fonctionnels sont peu caractéristiques ; on a noté de la pesanteur, des tiraillements, des troubles de la miction, incontinence d'urine, rétention, dysurie, mais ces symptômes urinaires n'apparaissent que dans les cas de fibromes de la partie supérieure de l'urètre. Pour les fibromes de la partie inférieure, qui sont les plus fréquents, on ne peut signaler que des ulcérations et par suite un écoulement plus ou moins hémorragique ou séreux. Généralement il n'y a pas de douleur ; le coït reste souvent possible.

V. — Le diagnostic n'est pas toujours facile, il devra surtout être fait avec les tumeurs malignes : cancer et sarcome de la région.

VI. — La tumeur est d'un pronostic bénin, sa marche est continue, mais lente ; on peut guérir facile-

ment la maladie par une intervention simple, mais il faut savoir que la récurrence est possible.

VII. — Le seul traitement réellement efficace est l'intervention opératoire, l'énucléation.

La tumeur se laisse facilement décortiquer sur tout son pourtour; elle n'est adhérente qu'au voisinage de l'urètre. En somme : opération facile, guérison assurée.

VU : LE DOYEN,
LORTET.

Vu, bon à imprimer :
LE PRÉSIDENT DE THÈSE,
LAROYENNE.

Permis d'imprimer
Lyon, le 29 juin 1896.

LE RECTEUR,
COMPAYRÉ.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- REY. — Bulletin médical du Nord, 1868, p. 269.
RIZZOLI. — Journal de Médecine de Bruxelles, 1875, p. 101.
TILLAX. — Annales de Gynécologie, 1889, septembre.
HÖNING. — Berliner Klin. Wochen. 1869, p. 55.
EHRENDORFER. — Centralbl. für Gynæk. 1893.
BUTTNER. — Ein Fall von Myom der weiblichen Uretra,
Zeitschrift für Gebürts und Gynækol., B d.
XXVIII, p. 122.
CONDAMIN. — Archives provinciales de Chirurgie, T. III,
1894, p. 569.
POZZI. — Traité de Gynécologie, p. 892.
ABARRAN. — Les tumeurs de la vessie.
AUGAGNEUR. — Province médicale, 1894.
LEJARS. — Leçons de Chirurgie.
DAUMY. — Thèse de Paris, 1894-1895.
BAURY. — Thèse de Paris, 1895-1896.
PAGET. — Lectures of Sur. Path., vol. II, p. 115.
DUPLAY. — Archives générales de Médecine, juillet 1880.
BENOIT. — La Gynécologie, 1896, n° 2, p. 144.

